

認定審査には医療意見書の 枠で囲われた項目に記入が必要です。

告示番号 46		内分泌疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	6 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年	月	日		
ふりがな	受給者の基本情報が記入されているかご確認ください。			新様式となっているかご確認ください。 ※ 新様式は「新規」と「更新・転入」は、別になっています。 ※ 旧様式での申請は受付できませんのでご注意ください。			
氏名	(Alphabet)						
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村
現在の身長・体重	身長(測定日)	cm (SD)		体重(測定日)	kg (SD)		BMI
	年	月	日	年	月	日	肥満度 %
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()						
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)					
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能	運動制限の必要性			なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する・しない・不明	小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明		
臨床所見(診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
二次性徴(Tanner分類)	二次性徴:[なし・あり]		思春期開始年齢:(歳 か月)				
	乳房発育(女子のみ):[I・II・III・IV・V]		年齢(発現時): (歳 か月)				
	陰毛発育(男女共):[I・II・III・IV・V]		年齢(発現時): (歳 か月)				
	外性器発達(男子のみ):[I・II・III・IV・V]		年齢(発現時): (歳 か月)				
診断	低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[なし・あり]		ACTH分泌不全症:[なし・あり]		TSH分泌不全症:[なし・あり]		
	GH分泌不全症:[なし・あり]		中枢性尿崩症:[なし・あり]				
全身	低身長(-2.5SD以下):[なし・あり]		低身長(-2.5SDより大きく-2.0SD以下):[なし・あり]				
	成長速度の低下(2年以上標準値の-1.5SD以下):[なし・あり]						
	全身倦怠感:[なし・あり]		易疲労性:[なし・あり]		食欲不振:[なし・あり]		体重増加不良:[なし・あり]
	不活発:[なし・あり]		低血圧:[なし・あり]		口渇:[なし・あり]		多飲:[なし・あり]
	二次性徴の欠如または進行不全:[なし・あり]		月経異常(女子のみ):[なし・あり]		不妊(女子のみ):[なし・あり]		
	乳房萎縮(女子のみ):[なし・あり]		性欲低下(男子のみ):[なし・あり]		インポテンス(男子のみ):[なし・あり]		
	小陰茎(男子のみ):[なし・あり]		陰毛腋毛の脱落:[なし・あり]		性器萎縮:[なし・あり]		
	耐寒性低下:[なし・あり]		症候性低血糖(乳幼児):[なし・あり]				
	腎・泌尿器		停留精巣:[なし・あり]		部位:[腹腔内・鼠蹊部・陰嚢内]		尿道下裂:[なし・あり]
	多尿:[なし・あり]						
皮膚・粘膜		皮膚乾燥:[なし・あり]		脱毛:[なし・あり]			
精神・神経		意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による):[なし・あり]					
耳鼻咽喉		無・低嗅症(Kallmann症候群):[なし・あり]					
その他		症状(その他):()					
臨床所見(申請時)	※直近の状況を記載						
二次性徴(Tanner分類)	二次性徴:[なし・あり]		思春期開始年齢:(歳 か月)				
	乳房発育(女子のみ):[I・II・III・IV・V]		年齢(発現時):(歳 か月)				
	陰毛発育(男女共):[I・II・III・IV・V]		年齢(発現時):(歳 か月)				
	外性器発達(男子のみ):[I・II・III・IV・V]		年齢(発現時):(歳 か月)		精巣容量:()mL		
診断	低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[なし・あり]		ACTH分泌不全症:[なし・あり]		TSH分泌不全症:[なし・あり]		
	GH分泌不全症:[なし・あり]		中枢性尿崩症:[なし・あり]				
全身	低身長(-2.5SD以下):[なし・あり]		低身長(-2.5SDより大きく-2.0SD以下):[なし・あり]				
	成長速度の低下(2年以上標準値の-1.5SD以下):[なし・あり]						
	全身倦怠感:[なし・あり]		易疲労性:[なし・あり]		食欲不振:[なし・あり]		体重増加不良:[なし・あり]
	不活発:[なし・あり]		低血圧:[なし・あり]		口渇:[なし・あり]		多飲:[なし・あり]
	二次性徴の欠如または進行不全:[なし・あり]		月経異常(女子のみ):[なし・あり]		不妊(女子のみ):[なし・あり]		
	乳房萎縮(女子のみ):[なし・あり]		性欲低下(男子のみ):[なし・あり]		インポテンス(男子のみ):[なし・あり]		
	小陰茎(男子のみ):[なし・あり]		陰毛腋毛の脱落:[なし・あり]		性器萎縮:[なし・あり]		
	耐寒性低下:[なし・あり]		症候性低血糖(乳幼児):[なし・あり]				
	腎・泌尿器		停留精巣:[なし・あり]		部位:[腹腔内・鼠蹊部・陰嚢内]		尿道下裂:[なし・あり]
	多尿:[なし・あり]						
皮膚・粘膜		皮膚乾燥:[なし・あり]		脱毛:[なし・あり]			
精神・神経		意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による):[なし・あり]					
耳鼻咽喉		無・低嗅症(Kallmann症候群):[なし・あり]					
その他		症状(その他):()					
検査所見(診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
負荷試験	TRH分泌刺激試験:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)				
	TSH基礎値:()μIU/mL		TSH頂値:()μIU/mL		TSH頂値:出現時間:()分		

各々の認定基準をご確認の上、必ずご記入ください。
※ 認定基準については、別添①を参照ください。

負荷試験	GnRH (LHRH) 負荷試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	LH基礎値: ()mIU/mL	LH頂値: ()mIU/mL			
	FSH基礎値: ()mIU/mL	FSH頂値: ()mIU/mL			
	インスリン・CRH負荷試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	コルチゾール基礎値: ()µg/dL	コルチゾール頂値: ()µg/dL			
	ACTH基礎値: ()pg/mL	ACTH頂値: ()pg/mL			
	水制限または高張食塩水負荷試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	最大血漿浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O	最大尿浸透圧: ()mOsm/kg	ADH頂値: ()pg/mL
	パソプレシン負荷試験 (水溶性ピトレスリン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿): [未実施 ・ 実施]				
	尿量減少: [なし ・ あり]	尿浸透圧: ()mOsm/kg			
	成長ホルモン分泌試験①: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
負荷試験名: [インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験]					
GH測定キット名: ()	GH頂値 (補正值): ()ng/mL				
成長ホルモン分泌試験②: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
負荷試験名: [インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験]					
GH測定キット名: ()	GH頂値 (補正值): ()ng/mL				
成長ホルモン分泌試験③: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
負荷試験名: [インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験]					
GH測定キット名: ()	GH頂値 (補正值): ()ng/mL				
迅速ACTH (コートロシン) 負荷: [未実施 ・ 実施]					
血中コルチゾール低反応: [なし ・ あり]					
ACTH-Z (コートロシンZ) 逆誘発負荷: [未実施 ・ 実施]					
血中コルチゾール増加反応: [なし ・ あり]					
尿検査	一日尿量 (体表面積当): ()mL/m ² /日	[未実施]	尿中遊離コルチゾール: ()µg/day	[未実施]	
血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC): ()ng/mL	テストステロン: ()ng/mL ・ ng/dL	エストラジオール (E ₂): ()pg/mL		
	コルチゾール (朝): ()µg/dL	コルチゾール (昼または夕): ()µg/dL	コルチゾール (環る前): ()µg/dL		
	TSH: ()µIU/mL	free T ₃ : ()pg/mL	free T ₄ : ()ng/dL		
骨年齢	骨年齢: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	骨年齢: (歳 か月)		
画像検査	画像検査 (下垂体近傍): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
尿検査	一日尿量 (体表面積当): ()mL/m ² /日	[未実施]			
血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC): ()ng/mL	テストステロン: ()ng/mL ・ ng/dL	エストラジオール (E ₂): ()pg/mL		
	コルチゾール (朝): ()µg/dL	コルチゾール (昼または夕): ()µg/dL	コルチゾール (環る前): ()µg/dL		
	TSH: ()µIU/mL	free T ₃ : ()pg/mL	free T ₄ : ()ng/dL		
骨年齢	骨年齢: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	骨年齢: (歳 か月)		
画像検査	画像検査 (下垂体近傍): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	合併症: [なし ・ あり]				
	詳細: ()				
出生歴	骨盤位経膣分娩: [なし ・ あり]	新生児仮死: [なし]			
	SGA (妊娠週数に比して小さい): [なし ・ あり]				
	出生歴 (その他): ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり]				
	詳細: ()				
	機能抑制療法: [なし ・ あり]				
	詳細: ()				
	薬物療法 (その他): ()				
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)			
	術式: ()				
治療	治療 (その他): ()				
	今後の治療方針: ()				
今後の治療方針	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	
	通院頻度 ()回/月				
	成長ホルモン治療の有無: [なし ・ あり]				
	成長ホルモン治療申請の有無 (※申請日よりさかのぼって2年以内に実施した負荷試験のみ有効): [なし ・ あり]				

疾病の認定に関する項目です。
必ずご記入ください。
※ 認定基準については、別添②を参照ください。

必ずご記入ください。
※ 成長ホルモン治療の認定基準については、別添②を参照ください。また、成長ホルモン治療「あり」の場合は、成長ホルモン治療用意意見書も作成してください。

必ずご記入ください。
※ 認定期間中に20歳を迎える受給者については、誕生日の前日を終了日として記入してください。

C4 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書 (新規申請用)										
病名	内分泌疾患：成長ホルモン分泌不全性低身長症 (脳の器質的原因によるものを除く。)									
受給者番号		受診日	年	月	成長ホルモン治療の認定に関する項目です。 必ずご記入ください。 ※ 認定基準については、別添②を参照ください。					
ふりがな										
氏名										
(Alphabet)										
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男 性別未決定	
臨床所見 (診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状 (内分泌・代謝)	症候性低血糖 (乳幼児)：[なし ・ あり]									
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴：[なし ・ あり]									
臨床所見 (申請時)	※直近の状況を記載									
身体所見 (申請時) ※直近の状況を記載	身長 (直近)：()cm	実施日：()年	()月	()日	身長SD：()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (直近)：()kg	実施日：()年	()月 ()日	体重SD：()SD
身体所見 (1年前)	身長 (1年前)：()cm	実施日：()年	()月	()日	身長SD：()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (1年前)：()kg	実施日：()年	()月 ()日	体重SD：()SD
2年前	身長 (2年前)：()cm	実施日：()年	()月	()日	身長SD：()SD					
検査所見 (診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	TSH：()μIU/mL	free T ₃ ：()pg/mL	free T ₄ ：()ng/dL	IGF-1 (ノマトメジンC)：()ng/mL						
負荷試験	成長ホルモン分泌試験①：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年	()月	()日	負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験]	GH測定キット名：()				
	GH頂値 (補正值)：()ng/mL									
	成長ホルモン分泌試験②：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年	()月	()日	負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験]	GH測定キット名：()				
GH頂値 (補正值)：()ng/mL										
成長ホルモン分泌試験③：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年	()月	()日	負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験]	GH測定キット名：()					
GH頂値 (補正值)：()ng/mL										
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年	()月	()日	所見：()	成長ホルモン治療の認定に関する項目です。 必ずご記入ください。 ※ 認定基準については、別添②を参照ください。				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載									
骨年齢	骨年齢：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年	骨年齢評価法：[日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]							
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年	()月	()日	所見：()					
医療機関・医師署名	上記の通り診断します。									
医療機関名				記載年月日	年	月	日			
医療機関住所				診療科			医師名	(印)		
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()					

C4 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書 (継続申請用)									
病名		内分泌疾患：成長ホルモン分泌不全性低身長症 (脳の器質的原因によるものを除く。)							
受給者番号		受診日	年	月	日				
ふりがな									
氏名 (Alphabet)									
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
	開始時	約1年前	約半年前	最近					
測定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
身長	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD					
体重	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD					
治療開始前1年間の年間身長増加率	cm/年								
骨年齢 (測定日)	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; background-color: yellow;"> 成長ホルモン治療の継続認定に関する項目です。 必ずご記入ください。 ※ 認定基準については、別添②を参照ください。 </div>							歳	か月
								年	月
二次性徴								あり)	(なし ・ あり)
成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)									
併用薬① (薬剤名、投与量)									
併用薬② (薬剤名、投与量)									
併用薬③ (薬剤名、投与量)									
併用薬④ (薬剤名、投与量)									
併用薬⑤ (薬剤名、投与量)									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載									
薬物療法	成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能]								
有害事象	有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり]								
	詳細：()								
	有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり]								
	詳細：()								
医療機関・医師署名									
上記の通り診断します。									
医療機関名					記載年月日	年	月	日	
医療機関住所					診療科				
					医師名	(E)			
					小児慢性特定疾病 指定医番号	()			

■ 人工呼吸器等装着者の基準

○厚生労働大臣が定める者(平成二十六年十二月十一日)(厚生労働省告示第四百六十二号)

児童福祉法施行令(昭和三十二年政令第七十四号)第二十二条の規定に基づき、厚生労働大臣が定める者を次のように定め、平成二十七年一月一日から適用する。

厚生労働大臣が定める者

一～二 略

三 令第二十二條第一項第六号の人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として厚生労働大臣が定めるものは、長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であつて、日常生活動作が著しく制限されているものとする。

■ 重症患者認定基準

① すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する(小児慢性特定疾病に起因するものに限る)と認められる場合

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの(視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの)
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの(両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの)
上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の用を全く廃したもの)
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの)
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの(一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの)
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの(両下肢の用を全く廃したもの)
	両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの(1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの)
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの(一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの)

■ 疾病の認定基準(疾病の状態の程度)

細分類	番号	疾病名	疾病の状態の程度
6 成長ホルモン（GH）分泌不全性低身長症（脳の器質的原因によるものを除く。）	46	成長ホルモン（GH）分泌不全性低身長症（脳の器質的原因によるものを除く。）	治療で補充療法、機能抑制療法その他の薬物療法を行っている場合。ただし、成長ホルモン治療を行う場合には、備考に定める基準を満たすものに限る。

【補足※】

- 1 低身長を伴う内分泌疾患に対し、成長ホルモン治療を行う場合は、内分泌疾患の医療意見書の他「成長ホルモン治療用意見書」が必要である。
- 2 成長ホルモン（GH）分泌不全性低身長症（脳の器質的原因によるものを除く。）等で、成長ホルモン治療の基準を満たさない場合であっても、成長ホルモン治療以外の補充療法、機能抑制療法その他薬物療法等の治療については、医療費助成の対象として差し支えない。

※ 「児童福祉法第六条の二第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第二項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度（平成26年厚生労働省告示第475号）」についてから抜粋

■ 成長ホルモン治療認定基準

ヒト成長ホルモン治療を行う場合においては、この表に定める疾病の状態の程度であって次の基準を満たすものを対象とする。

I 開始基準

新たに治療を開始する場合は、次の要件を満たすこと。

- 1 成長ホルモン（GH）分泌不全性低身長症（脳の器質的原因によるものを除く。）による低身長の場合 次のいずれも満たすこと。ただし、乳幼児で成長ホルモン分泌不全が原因と考えられる症候性低血糖がある場合は、(3)を満たしていれば足りること。
 - (1) 現在の身長が別表第一に掲げる値以下であること。
 - (2) IGF-1（ソマトメジンC）値が200ng/ml未満（5歳未満の場合は、150ng/ml未満）であること。
 - (3) 乳幼児で成長ホルモン（GH）分泌不全が原因と考えられる症候性低血糖がある場合は1種以上、その他の場合は2種以上の成長ホルモン分泌刺激試験（※腹下で行われた場合に限る。）の全ての結果（試験前の測定値を含む。）で、成長ホルモンの最高値が6ng/ml（GHRP-2負荷では16ng/ml）以下であること。

II 継続基準

次のいずれかに該当すること。

- 1 後天性下垂体機能低下症、先天下下垂体機能低下症、成長ホルモン（GH）分泌不全性低身長症（脳の器質的な原因によるものに限る。）又は成長ホルモン（GH）分泌不全性低身長症（脳の器質的原因によるものを除く。）による低身長の場合初年度は、年間成長速度が6.0cm/年以上又は治療中1年間の成長速度と治療前1年間の成長速度との差が2.0cm/年以上であること。治療2年目以降は、年間成長速度が3.0cm/年以上であること。

III 終了基準

男子にあっては身長156.4cm、女子にあっては身長145.4cmに達したこと。

【補足※】

- 1 「備考」の「ヒト成長ホルモン治療を行う場合の基準」（以下「成長ホルモン治療対象基準」という。）の「III 終了基準」と、別表第一、第二及び別表第四の身長基準について、児童の年齢と疾病によっては身長基準が終了基準を上回っている場合には、「III 終了基準」を優先し、成長ホルモン治療開始時の身長が終了基準を上回る場合は、成長ホルモン治療は医療費助成の対象としない。
- 2 過去に成長ホルモン治療について医療費助成の対象となっていたが、成長ホルモン治療を継続して行わなくなった後、再度成長ホルモン治療の医療費助成が必要となった場合や申請前に成長ホルモン治療を開始している場合には、「成長ホルモン治療対象基準」の「I 開始基準」をもって医療費助成の対象となるか否かを判断すること。

3 成長ホルモン治療初年度の「成長ホルモン治療対象基準」の適用にあたっては、継続基準の「年間成長速度」については次のとおりとし、医療費助成の対象となるか否かを判断する。

- ① 意見書作成時の治療期間が6か月以上であれば、その期間の成長速度を1年あたりの「年間成長速度」に換算して、初年度の継続基準にあてはめて判断する。
- ② 意見書作成時の治療期間が6か月未満であれば、「年間成長速度」が正確に判定できないため、継続基準を満たしていない場合も、医療費助成の継続を承認して差し支えない。次回の更新時は「治療初年度の基準」にあてはめて判断する。その場合、次々回の更新は治療開始2年目の基準によって判断する。

※ 「児童福祉法第六条の二第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第二項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度(平成26年厚生労働省告示第475号)」についてから抜粋

